



รหัสประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□□

แบบฟอร์มการประเมินและส่งต่อผู้ป่วย (Pharmacist Referral Form: PhRF)

ชื่อผู้ป่วย เพศ อายุ ปี

ที่อยู่ โทรศัพท์

สิทธิการรักษาพยาบาล UC ข้าราชการ ปกส อื่นๆ สถานพยาบาล.....

เหตุผลในการส่งต่อ Further investigation/management Drug-related problems Loss of follow-up

การทบทวนรายการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

รายละเอียดของการส่งต่อ

อาการสำคัญ:

ประวัติการเจ็บป่วย:

โรคประจำตัว:

ประวัติแพ้ยา:

ข้อมูลเพิ่มเติม:

ปัญหาที่พบ:

การดำเนินการเบื้องต้นของเภสัชกร

ให้การรักษาเบื้องต้น ได้แก่

ให้คำแนะนำการใช้ยา/การดูแลตนเอง ดังนี้

อื่นๆ

(ลงชื่อ)

เภสัชกรผู้ส่งต่อ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

วันที่

ร้านยา โทรศัพท์.....

ที่อยู่



รหัสประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□□-□□-□□

ใบตอบกลับการส่งต่อ (Physician Responded Form: PRF)

วันที่.....

ถึง เกษตรผู้เกี่ยวข้อง

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วย ชื่อ เพศ..... อายุ ปี
มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้

ผลการตรวจวินิจฉัย

.....
.....
.....
.....
.....

การรักษาที่ให้

.....
.....
.....
.....
.....

สิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลหรือติดตามอย่างต่อเนื่อง

.....
.....
.....
.....
.....

(ลงชื่อ)

แพทย์ประจำตัวผู้ป่วย

สถานพยาบาล.....

เบอร์โทรติดต่อ.....